



## **DESAFIOS DO SUS E A REMULTISF: um panorama a partir da vivência da territorialização.**

FREITAS, Bia Cruz;  
PEREIRA, Raissa Ortiz;  
BERTONCELLO, Paola

**RESUMO:** O trabalho tem como tema as transformações do Sistema Único de Saúde na atualidade, em especial os principais desafios para atenção básica a partir do panorama vivenciado pelas residentes multiprofissionais em saúde da família no processo de territorialização no Centro de Saúde da Agrônômica. Como objetivo tem-se discutir os desafios enfrentados na atenção básica do SUS, além de apresentar o perfil demográfico, dados epidemiológicos da população adstrita, fluxo de funcionamento do CS tais como: composição das equipes de estratégia de saúde da família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, entre outros. Como principais resultados aponta-se o atual modelo de saúde, tendência a privatizações e sucateamento da atenção à saúde pública e estatal, cortes orçamentários, equipes com áreas descobertas e incompatíveis com a demanda atribuída, rotatividade de trabalhadores, demandas reprimidas, e retrocessos de conquistas, como a fragmentação do cuidado e priorização de atenção a segmentos de maior vulnerabilidade social.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Privatização.

## **INTRODUÇÃO:**

Com 28 anos de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) resultou em muitos avanços para a sociedade brasileira, todavia ainda enfrenta inúmeros desafios que colocam em risco a sua viabilidade e impossibilitam que cumpra seu papel de garantia universal, igualitária e equânime de saúde de qualidade a toda população brasileira, sobretudo tratando-se de sua oferta estatal. A criação do SUS se constitui como o maior movimento de inclusão social já observado na história do Brasil e configurou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007b). Desse modo, a Constituição Federal de 1988 define a saúde no Brasil como “direito de todos e dever do Estado”, aspecto fundamental de acesso e exercício da cidadania (BRASIL, 1988).

Este trabalho possui como escopo apresentar os desafios do SUS na Atenção Básica em Saúde. A escolha do tema emerge da vivência das residentes no curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF), abrangendo suas atividades práticas e teóricas no ano de 2016 no Centro de Saúde (CS) Agrônômica em Florianópolis.



O artigo está dividido em três seções: a primeira aborda a história da saúde no Brasil com foco na disputa entre os modelos da reforma sanitária e neoliberal; a segunda contempla a territorialização no CS Agrônômica, o perfil demográfico do território, a relação entre os sistemas de informações utilizados na atenção básica do município, seguidos de barreiras apreendidas em observação que possibilitam o entendimento dos desafios da atenção básica - gestão, equipe e usuários, bem como a reflexão crítica dos dados evidenciados na pesquisa, já a terceira reflete em nível macro e micro os desafios do SUS.

Dentre os principais desafios para a consolidação do SUS, destaca-se a instabilidade de seu financiamento, resultando em precarização do serviço ofertado e privatizações; além das desigualdades sociais, uma vez que, as condições de vida da população têm grande impacto na saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008), aspectos estes vivenciados no CS Agrônômica.

## **2. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A Constituição Federal de 1988 legitimou a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Tal definição conceitual assume sua versão prática com a instituição formal do SUS, quando no artigo 198 é descrito que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Destarte, estava criado o SUS, o qual tem a Constituição Federal e as Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, como sua base jurídica, constitucional e infraconstitucional (BRASIL, 2007a). Tais leis afirmam o papel do município como principal executor das ações de saúde, caracterizando a ampliação do processo de descentralização, o qual já havia sido exposto desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

Outro marco legislativo importante encontra-se no decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o qual regulamenta a Lei nº 8.080, no sentido de dispor a respeito da organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O referido decreto traz as possíveis portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, e afirma que o acesso aos serviços deve ser ordenado pela atenção básica, baseando-se na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, e no critério cronológico (BRASIL, 2011a). Diante de tal contexto, a Reforma Sanitária passa a caracterizar o modelo de saúde de maior construção coletiva da história brasileira.

Em referência à atenção básica, esta tem como propósito ofertar acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM et al, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal ferramenta de estruturação da atenção básica. Um aspecto inovador da mesma é sua ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades, integrando a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas. Esta estrutura funciona por meio de Equipes de Saúde da Família (eSF), que desde 2004, inclui equipes de saúde bucal, compostas por um cirurgião-dentista, um técnico em saúde bucal e um auxiliar em saúde bucal. Tais equipes trabalham em unidades de saúde que atuam em áreas geográficas definidas e com populações adscritas (PAIM et al, 2011).

No tocante à alocação de recursos, observa-se uma tendência crescente do emprego dos mesmos na rede privada conveniada, em detrimento da alocação de



tais recursos nos próprios serviços públicos estatais, estruturando-os, qualificando-os e ampliando-os (CORREIA, 2011). Paim et al (2011) reiteram que, historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, seja pela remuneração e criação de clínicas terapêuticas especializadas, hospitais, ou ainda, mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde.

Faz-se necessário afirmar que a expansão do setor privado da saúde além dos limites da complementaridade estabelecidos pela Constituição Federal é incompatível com a consolidação plena do SUS. A contratação de Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), os chamados “parceiros privados” e similares, distorcem os princípios constitucionais da legalidade, moralidade e impessoalidade, além de atingir o instrumento jurídico do concurso público como única forma de acesso ao serviço público (BATISTA JÚNIOR, 2011).

### 3. UM PANORAMA DO CS AGRONÔMICA A PARTIR DA VIVÊNCIA NA TERRITORIALIZAÇÃO

A territorialização, se constitui como pressuposto básico do trabalho na ESF, pois permite a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais (PEREIRA; BARCELOS, 2006). Deste modo, o reconhecimento do ambiente na REMULTISF, tem início na territorialização, processo que ocupa o primeiro mês de atuação, compartilhado em momentos de imersão no território e apropriação teórico-metodológica.

O CS Agrônômica pertence ao Distrito Sanitário Centroa e dispõe de quatro áreas de abrangência subdivididas em dezoito microáreas, sendo nove destas áreas de interesse social.

A população adscrita diverge de acordo com o referencial utilizado (Quadro 1). Esta disparidade sugere um desafio para o planejamento de ações efetivas que, por vezes, resultam em ações fragmentadas e de cunho assistencial. Em relação ao perfil populacional, este se manifesta heterogêneo, evidenciando diferenças socioeconômicas, culturais e sanitárias. Além disso, constatou-se a existência de microáreas de risco, com altos índices de violência em suas mais diversas formas de manifestação, e barreiras geográficas que derivam de obstáculos naturais, criando limitações de acesso aos serviços de saúde.

Quadro 1. Relação entre a estimativa populacional da área de abrangência do CS Agrônômica e a população cadastrada. Florianópolis, 2016.

Área	Estimativa populacional	População cadastrada	Diferença
690	5685	3191	2494
691	3266	3147	119
692	3862	2219	1643
693	4459	3077	1382
Total	17272	11634	5638

Fonte: CADFAM (2016); IBGE (2013).



O CS funciona de segunda à sexta, no período das 8h às 12h e das 13h às 17h, horário este que sugere um empecilho aos usuários trabalhadores. Em busca de ampliar o acesso, O CS realiza atendimentos no último sábado de cada mês, contemplando exames preventivos, aplicação de Dispositivo Intrauterino, campanhas vacinais e grupos. É sabido que o acesso, atributo essencial da APS, representa a ausência de barreiras organizacionais e físicas para se conseguir atenção à saúde (ARAÚJO, 2014). A delimitação de dias e horários de funcionamento pode atuar como fator limitante deste atributo, tendo em vista que as unidades da ESF funcionam em horário comercial nos dias úteis da semana (SILVA, 2014).

Os meios de acesso da população se dividem em demanda programática, organizada e agendada pela eSF, e demanda espontânea, por meio do acolhimento realizado pela equipe de enfermagem. A organização dos serviços, com base na oferta organizada de ações em saúde, tende a superar as formas tradicionais, cabendo às unidades atender tanto usuários em busca de consultas (demanda espontânea) quanto desenvolver ações visando ao controle de agravos e ao atendimento de grupos populacionais prioritários. O CS Agronômica possui quatro eSF que se apresentam incompletas, seja por afastamento ou ausência de recursos humanos, resultando em demandas reprimidas e microáreas descobertas. Além das eSF, o CS Agronômica conta com o suporte dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que não se caracteriza como porta de entrada do serviço (BRASIL, 2011b).

Essa integração ocorre durante as reuniões de matriciamento conjunto de modo interdisciplinar e multiprofissional. Destaca-se que os profissionais da equipe NASF são referência para diversos CS do Distrito Centro, podendo ser acionados em outros momentos com base nos critérios de urgência pactuados.

#### **4. DESAFIOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

O Brasil é reconhecido internacionalmente como referência no setor da saúde, todavia o SUS ainda enfrenta inúmeros desafios. Para Mendes (2013), o problema do SUS, presente igualmente nos subsistemas privados brasileiros, combina transição epidemiológica e nutricional aceleradas e tripla carga de doenças (convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas), com intenso predomínio relativo de condições crônicas, e uma resposta social estruturada num sistema de saúde que é fragmentado, operando de forma episódica e reativa e que se volta, mormente, para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

As doenças crônicas não transmissíveis refletem um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano (SCHMIDT et al, 2011). O crescimento demográfico desenfreado associado à urbanização, industrialização, mudança do padrão alimentar e globalização de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional (MONTEIRO et al, 2000), expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas, ao exemplo da hipertensão e diabetes, o que podemos evidenciar na população adscrita do CS Agronômica.

Outro ponto que necessita ser evidenciado para contextualizar os desafios vivenciados pelo SUS, apresenta-se no fato que, na década de 1990, tal sistema foi alvo das contrarreformas neoliberais que ainda afrontam seu caráter universal e público, por meio de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde (CORREIA, 2011). As alternativas de gestão propostas pelos governos, estão baseadas no repasse da gerência e da gestão dos serviços e de pessoal para grupos privados, por meio de “contratos de gestão” e “termos de parcerias”, mediante transferências de recursos públicos. Por conseguinte, faz-se necessário frisar que, na conjuntura de correlação de forças que perpassa a política de saúde brasileira, entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto do setor privado,



deve-se atentar para os processos de privatização que estão postos na realidade atual (CORREIA, 2011).

O Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis no ano de 2016, efervesceu a discussão acerca do contingenciamento orçamentário na área da saúde, que reduz os recursos a 38 milhões. Ainda com relação à inadvertência com a saúde da população de Florianópolis, os residentes de saúde da família redigiram uma carta aberta alertando para a representação prática dos cortes orçamentários e denunciando práticas da Prefeitura Municipal de Florianópolis que precarizam o serviço e afetam diretamente a população, os trabalhadores do SUS e o processo de formação dos residentes, a exemplo do cadastro de residentes como responsáveis por equipes inexistentes para anúncio de completa cobertura da atenção básica.

Outros desafios a serem enfrentados incluem a descrença da população brasileira num sistema de saúde para todos, a qual leva milhões de pessoas a procurar por serviços, planos ou seguradores de saúde privados (SOUZA; COSTA, 2010); a dificuldade dos gestores em promover a integração entre estados, municípios e as redes assistenciais estatais com os serviços de abrangência nacional, resultando em problemas no acesso aos serviços e ao comprometimento da universalidade e integralidade (VASCONCELOS, 2005); além da exclusão de subgrupos específicos no acesso aos serviços de saúde (VICTORA et al, 2011) e a distribuição desigual de poder e dos recursos na sociedade brasileira (FLEURY, 2011).

Outro enfrentamento vivenciado no território adstrito do CS Agrônômica é a desarticulação do Conselho Local de Saúde.

Entende-se, por fim, que para o enfrentamento dos desafios supracitados, faz-se necessária a articulação entre os atores envolvidos, gestores, servidores e usuários, com o anseio de fazer o melhor para a população brasileira e com o comprometimento dos mesmos, a fim de que as políticas públicas sejam bem aplicadas e possam constituir meios que promovam a qualidade de vida das pessoas (SOUZA; COSTA, 2010).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo possibilitou abordar sobre a saúde no Brasil e apresentar um panorama do contexto vivenciado no CS Agrônômica e os principais desafios enfrentados em tal conjuntura.

Constatou-se que o modelo neoliberal atualmente vigente no país, relaciona-se a privatizações e a precarização da saúde, além de redução e cortes no orçamento municipal. Os resultados obtidos apontam que a oferta de saúde no CS Agrônômica apresenta centralidade no acolhimento de demandas espontâneas, havendo baixa participação popular em conselhos de direitos, redução de serviços oferecidos à população adstrita e precarização do trabalho das eSF, influenciando diretamente o processo de formação técnica dos residentes.

Dentre os desafios enfrentados pelo SUS e observados no âmbito do CS Agrônômica destaca-se a transição epidemiológica e nutricional aceleradas, tripla carga de doenças, elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, presença de doenças evitáveis, possível subnotificação de agravos de notificação compulsória, vigência do modelo neoliberal, subfinanciamento, descrença da população, dificuldade dos gestores em promover a integração entre os níveis assistenciais, exclusão de subgrupos específicos no acesso aos serviços de saúde, distribuição desigual de recursos na sociedade brasileira, rotatividade de profissionais, além da desarticulação do Conselho Local de Saúde.

As ações em saúde no Brasil devem ser orientadas pelos princípios do SUS com base na equidade, integralidade e universalidade de acesso. Entretanto, ao longo deste estudo, percebe-se que não é banal torná-los práticos. Busca-se assim,





para o enfrentamento dos desafios, a articulação entre os atores envolvidos, gestores, servidores e usuários, com o desejo de fazer o melhor para a população, cabendo a todos os envolvidos atuarem em benefício do êxito do SUS, a fim de que as políticas públicas promovam a qualidade de vida das pessoas.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, L.U.A et al . Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.

BATISTA JUNIOR, F. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (org.). Parte II - Gestão na saúde: relação público x privado. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, p. 35-54, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF, 2007a. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 12).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2007b. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 1).

\_\_\_\_\_. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.448, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011b.

CASTRO, C. G. J, LEFÈVRE, A. M. C. A promoção de saúde e o planejamento estratégico. In: LEFÈVRE F, CAVALCANTI, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, p. 75-84, 2004.



CECCIM, R. B et al. Educação e assessoramento em redução de danos - atenção integral à saúde para usuários de drogas e sua rede social. In: FERLA, A. FAGUNDES, S. (Orgs). **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 244p, 2002.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (org.). Parte II - Gestão na saúde: relação público x privado. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, p. 35-54, 2011.

GIL, R. L. **Tipos de Pesquisa**. 2002. Disponível em: <<http://wp.ufpel.edu.br/ecb/files/2009/09/Tipos-de-Pesquisa.pdf>> . Acesso em 10 jul. 2016.

FLEURY. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. **The Lancet**, p. 4-5, 2011

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais. **Contas Nacionais, número 29**. Conta Satélite de Saúde. Brasil 2005-2007. Rio de Janeiro: O Instituto: 2007.

MENDES. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, 2013.

MONTEIRO, C.A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**, 2nd edn. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, p. 247–55, 2000.

NORONHA; LIMA; MACHADO. **O sistema único de saúde – SUS**. In: Giovanella, et al. (org.) Políticas e sistema de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2008. (cap.12, pág. 435 – 472).

PAIM. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: Giovanella, et al. (org.) Políticas e sistema de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2008. (cap.15, pág. 547 – 573)

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro. **The Lancet**, p. 11-31, 2011.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Territorialização**, 2013. Disponível em: <<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=territorializacao&menu=6>>. Acesso em: 06 abr. 2016.

RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE FLORIANÓPOLIS. **Carta Aberta das/dos Residentes em Saúde da Família de Florianópolis**, 2016. Disponível



em:<<https://docs.google.com/document/d/1NWvludH8w8dcVihjF00Pzl7PhVY9mqWG-9YqzXwFK4E/edit>>. Acesso em 10 jul. 2016.

SCHMIDT et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, p. 61-74, 2011.

SILVA, S. A da, FRACOLLI, L. P. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Debate**, v. 38, n.103, p. 692-705, 2014.

SOUZA, G. C. A., COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.3, p. 509-517, 2010.

VASCONCELOS, C. M. **Uma análise entrelaçada sobre os paradoxos da mudança no SUS**. 2005. 259 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

VICTORA et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde do Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**. p. 90-102, 2011.